

〈疾病・看護用〉

※この診断書は、保育利用申込みにあたり、児童の保護者が一関市長に提出するものです。

診 断 書

(患者) 住 所

氏 名

次のとおり診断します。

記

1

- ☐ 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。(保護者)
- ☐ 上記の者は、日常生活において家族看護の必要を認める。(保護者以外)

病名 ()

2 今後の治療見込期間

(1) 通院 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
(通院回数月 回 ・ 週 回)

(2) 入院中の場合
入院期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

担 当 医 氏 名

印

※この診断書又は、同内容を具備する診断書をお願いします。